

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 89

LE CHANCRE SYPHILITIQUE

DE LA

CONJONCTIVE PALPÉBRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Avril 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor VACHER

né à SAINT-LAURENT-DE-MURE (Isère) le 13 Mai 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

**LE CHANCRE SYPHILITIQUE
DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE CHANCRE SYPHILITIQUE

DE LA

CONJONCTIVE PALPÉBRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 27 Avril 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor VACHER

né à SAINT-LAURENT-DE-MURE (Isère) le 13 Mai 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNEN
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD. ROQUE.
Cliniques chirurgicales	TIXIER. BERARD. COMMANDEUR. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J.). X. VILLARD. LANNOIS. ROCHET. NOVE-JOSSERAND. CLUZET. MOREL. HUGOUNENQ. BRETIN. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAVIOT. ARLOING (F.). PATEL. Etienne MARTIN. GOURMONT (P.). PIC. X.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique neurologique et psychiatrique.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies des femmes.....	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	
Chimie biologique et médicale.....	
Chimie organique et Toxicologie.....	
Matière médicale et Botanique.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie Interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	
Anatomie pathologique	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	
Chirurgie opératoire.....	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM. NOGIER.	MM. COTTE.	MM. CORDIER (V.).	MM. MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARRIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président ; NICOLAS, assesseur ;

SAVY et FROMENT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE
LE DOCTEUR AUGUSTE VACHER

Hommage de piété filiale.

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

A MA TANTE

Meis et Amicis

A MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Officier de la Légion d'honneur

Il a bien voulu nous confier le sujet de notre thèse. Nous sommes heureux de le remercier des précieux conseils qu'il nous a donnés et du grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant de présider notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHABALIER

Médecin Chef de l'Hôpital Saint-Joseph

Nous tenons à lui témoigner toute notre gratitude pour la bonté avec laquelle il nous a fait bénéficier de son enseignement et de son expérience pendant le temps que nous avons passé dans son service.

C'est à ce Maître que nous devons la plus large part de notre formation médicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIULIANI

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Nous le remercions d'avoir toujours été pour nous un Maître dévoué et bienveillant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

*Professeur de clinique gynécologique,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui nous fit toujours un excellent
accueil dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEHU

Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD

Chirurgien des Hôpitaux.

A MES JUGES

LE CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE

Introduction

Afin de préciser exactement notre sujet, nous croyons devoir rappeler en quelques mots la disposition anatomique de la conjonctive. Cette muqueuse, après avoir recouvert la face postérieure des paupières en partant de leur bord libre, se réfléchit en formant les culs-de-sac conjonctivaux pour aller revêtir tout le pôle antérieur du globe oculaire. Au point de vue anatomique, on distingue donc tout naturellement : la conjonctive palpébrale, la conjonctive oculaire et la conjonctive des culs-de-sac.

Toutefois, les culs-de-sac ne sont que des cavités virtuelles et, pratiquement, ne peuvent être distingués de la conjonctive tarsienne; aussi une division clinique des affections conjonctivales superposée à la division anatomique que nous rappelions, serait-elle tout artificielle. C'est ainsi qu'en particulier les chancres conjonctivaux répondent aux diverses réalités cliniques suivantes :

Chancres cutanéomuqueux (ou du cuir ciliaire) ;
Chancres de la conjonctive palpébrale (ou oculaire) ;
Chancres de la conjonctive palpébrale (ou tarsienne).

Ces derniers seuls feront l'objet de notre étude, étant bien entendu que nous ne retiendrons que les chancres qui sont restés strictement localisés à la conjonctive tarsienne, durant tout le cours de leur évolution.

Au début de ce modeste travail, c'est pour nous un agréable devoir de rappeler que nous devons notre sujet à la bienveillance de M. le Professeur Rollet. Il a bien voulu nous le confier à l'occasion d'une observation faite récemment à la Clinique ophtalmologique. Avec une bonté dont nous lui garderons une très vive reconnaissance, il nous a prodigué ses conseils au cours de notre travail et a mis à notre disposition les ressources de sa très riche bibliothèque.

Historique

On attribue habituellement à Ricord la première observation de chancre syphilitique de l'œil, en 1850. Il est juste cependant de signaler que, dès 1772, Jean Janin de Combe-Blanche avait décrit « un ulcère, rongé aux yeux et au visage, causé par un vice vénérien ». Cet ulcère guérit le « 110^{me} jour du traitement », constitué par « 12 grains de sublimé corrosif, dissous dans une pinte d'eau », solution dont Janin donnait deux cueillerées par jour.

Desmarres, en 1852, publie la première observation de chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale.

Dans son *Traité des maladies de l'œil*, Mackensie, en 1856, ne parle que du chancre des paupières, sans signaler celui de la conjonctive.

Fortunadiès, en 1890, étudie, dans sa thèse, le chancre syphilitique des paupières.

En 1894, Bulkley nous apporte dans son livre *Syphilis in the Innocent* de très intéressantes statistiques sur les chancres oculaires.

En 1900, Sgrosso peut faire une étude anatomo-pathologique du chancre conjonctival tarsien, et en 1904, Salmon fait des recherches expérimentales sur des singes inoculés.

La même année, M. le Professeur Rollet, dans un article de la *Revue générale d'Ophthalmologie*, précise les caractères cliniques du chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.

L'année suivante, en 1905, il inspire la thèse de Pélissier sur le même sujet.

En 1913, Koupliansky fait, dans sa thèse, une étude d'ensemble sur le chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale.

Signalons enfin l'étude du chancre conjonctival faite par Morax dans l'*Encyclopédie française d'Ophthalmologie*.

Statistiques. - Fréquence

La localisation de l'accident primitif sur la conjonctive palpébrale est une localisation rare. En compilant les littératures française, anglaise, allemande, italienne et espagnole, nous n'avons pu en réunir que 57 cas. Notre première observation date de 1852, la dernière de 1925.

Si nous cherchons à établir quelle est la fréquence du chancre syphilitique de l'œil par rapport aux diverses localisations extra-génitales, nous trouvons les statistiques suivantes :

Fournier, sur 847 ch. extr.-gén., trouve 21 ch.	
oculaires	2,5 ‰
Lavergne et Perrin, sur 26 ch. extr.-gén., trouvent 5 ch. oculaires	18,5 ‰
Pospelow, sur 113 ch. extr.-gén., trouve 3 ch.	
oculaires	2,6 ‰
Neumann, sur 207 ch. extr.-gén., trouve 15 ch.	
oculaires	2,5 ‰
Porey-Kochitz, sur 888 ch. extr.-gén., trouve 130 ch. ocul.	14,6 ‰

Rona, sur 46 ch. extr.-gén., trouve 2 ch. ocul.	4,3 %
Hertzfeld, sur 764 ch. extr.-gén., trouve 25 ch. ocul.	3,5 %
Bourgeois	2 %
Bulkley, sur 9.058 ch. extr.-gén., trouve 372 ch. ocul.	4,1 %

Nous prendrons, comme base de nos estimations, la statistique de Bulkley qui porte sur le plus grand nombre de cas. Sur 372 chancres oculaires signalés, 57 seulement appartenaient à la conjonctive tarsienne, soit 15,3 % des chancres oculaires.

Il nous a semblé d'un certain intérêt de rechercher la fréquence relative des chancres de la conjonctive bulbaire et de la conjonctive tarsienne. Cette statistique n'a pas été établie à notre connaissance et nous avons constaté, à l'occasion de nos recherches bibliographiques, les variations des auteurs à ce sujet. Pé-lissier, dans sa thèse, a réuni seulement 16 cas de chancres syphilitiques de la conjonctive oculaire. Cette dernière localisation est donc plus rare que la localisation tarsienne. C'est sensiblement la proportion de 1 à 3 $\frac{1}{2}$. Ces chiffres ne sont évidemment qu'une indication. Il faut tenir compte, comme l'enseigne M. le Professeur Rollet, des cas probablement assez nombreux où, vu les difficultés qu'il présente, le diagnostic de chancre de la conjonctive bulbaire n'est pas porté. Toutefois le bénéfice de la fréquence reste nettement en faveur du chancre conjonctival tarsien.

Etiologie

AGE. — Nous trouvons, indiqués dans nos observations, les divers âges suivants :

8 mois : 1 cas. — 3 ans : 2 cas. — 5 ans : 1 cas.
8 ans : 1 cas. — 14 ans : 1 cas. — 15 ans : 1 cas.
18 ans : 1 cas. — 19 ans : 1 cas. — 20 ans : 1 cas.
21 ans : 2 cas. — 22 ans : 3 cas. — 23 ans : 1 cas.
24 ans : 4 cas. — 25 ans : 4 cas. — 26 ans : 2 cas.
27 ans : 1 cas. — 30 ans : 2 cas. — 31 ans : 1 cas.
32 ans : 1 cas. — 36 ans : 2 cas. — 47 ans : 1 cas.
48 ans : 1 cas. — 50 ans : 2 cas. — 54 ans : 1 cas.
56 ans : 1 cas.

Ce qui donne, par périodes de dix ans :

De 0 à 10 ans	5 cas
» 10 » 20 »	4 »
» 20 » 30 »	18 »
» 30 » 40 »	6 »
» 40 » 50 »	4 »
Après 50 ans	2 »

Cette statistique montre que les enfants sont infectés dans une proportion relativement grande. Remarquons que le maximum de fréquence est entre 20 et 30 ans, c'est-à-dire correspond au maximum de l'activité génitale. Enfin le chancre syphilitique n'a pas été rencontré à la conjonctive palpébrale après l'âge de 56 ans, indication de réelle valeur quant au diagnostic différentiel entre le chancre et l'épithélioma.

SEXE. — Onze de nos observations ne signalent pas le sexe. Les autres nous donnent :

Hommes	32
Femmes	14

Les hommes sont donc atteints dans une proportion près de deux fois et demi plus grande. Nous savons d'ailleurs que les chancres oculaires en général sont plus fréquents chez l'homme, alors que, pris dans leur ensemble, les chancres extra-génitaux sont constatés beaucoup plus souvent chez la femme.

PAYS. — La fréquence du chancre palpébral varie avec les pays. Tzeissl, en *Autriche*, constate un seul chancre palpébral sur 20.000 affections primitives. En *Russie*, par contre, le chancre oculaire est très fréquent. Tepliaschin en rapporte une véritable épidémie. En 1887, dans le district de Vyatka, il en a observé 68 cas. L'infection s'était faite de la façon suivante : des individus atteints de trachôme se faisaient lécher les paupières, dans un but thérapeutique, par

des « magiciennes » que l'on a trouvé affectées de plaques muqueuses de la bouche. Il y eut de ce fait 34 infectés. Mais, chose plus curieuse encore, ces 34 malades firent bénéficier de la même thérapeutique 34 autres trachômateux, qui devinrent 34 nouveaux syphilitiques.

Tepliaschin rapporte encore une épidémie semblable en *Bulgarie*. Dans les *Indes* on pratique également une sorte de massage lingual contre diverses affections oculaires. Le chancre oculaire est aussi très fréquent en *Hongrie*. Les mères y ont, paraît-il, l'habitude de laver entièrement leur nouveau-né avec de l'urine, ce qui leur réserve, probablement entre autres surprises, l'apparition de quelques chancres syphilitiques sur l'œil de leurs enfants.

PROFESSION. — Nous rapportons les cas de chancres syphilitiques de la conjonctive tarsienne chez une sage-femme et chez deux médecins. Pour ces derniers, l'origine professionnelle de l'infection est nettement établie. L'un et l'autre ont été infectés par la projection dans l'œil de gouttelettes de salive, alors qu'ils cautérisaient la gorge d'un syphilitique. Schweinitz rapporte le fait d'un autre médecin dont le visage fut éclaboussé par du liquide amniotique, tandis qu'il pratiquait un accouchement sur une femme syphilitique. Nous n'avons pas fait état de cette dernière observation, le chancre n'étant pas resté localisé à la conjonctive palpébrale. Nous tenions cependant à en rappeler l'origine professionnelle.

MODE D'INFECTION. — L'étiologie du chancre syphilitique de la conjonctive tarsienne est loin d'être univoque. Nous avons relaté les cas d'infection professionnelle. Dans 4 de nos deux observations, elle est le fait de léchage thérapeutique. Un individu a un corps étranger sous-conjonctival qu'un camarade lui enlève avec la langue; ou bien, comme nous le voyons dans deux autres observations, l'opérateur promène dans le cul-de-sac le bout humide de sa cigarette. Le léger traumatisme créé par le corps étranger est évidemment une porte d'entrée toute prête pour le spirochète. En somme, grâce à la thérapeutique employée pour leur extraction, les corps étrangers sont responsables de 6 chancres de la conjonctivite tarsienne. Dans un cas, le corps étranger était constitué par un cil.

La contagion familiale est très fréquente. Nous la relevons dans 9 observations. Dans 6 de ces cas, elle était due aux soins donnés à des nourrissons hérédosyphilitiques et porteurs de lésions cutanéomuqueuses. Nous croyons que dans la plupart de ces cas, le baiser doit être incriminé.

Trois autres de nos malades attribuent également leur accident à des baisers.

Dans un cas, la contamination par des instruments servant à soigner un trachome, paraît assez probable.

Les serviettes d'hôtel sont incriminées dans un cas.

Une autre fois, le malade prétend avoir été mordu à l'œil.

Un autre raconte qu'il se trouvait dans un café, avec un camarade ivre, qui parlait et crachait beaucoup.

Ledit camarade, supposé syphilitique, aurait inoculé notre homme, par ses gouttelettes de Flügge, chargées de spirochètes.

Dans 32 observations, l'étiologie n'est pas signalée.

Infection professionnelle	3 cas
Infection par léchage thérapeutique.....	4 »
— par bout humide d'une cigarette...	2 »
— familiale	9 »
— par baisers	3 »
— par serviettes d'hôtel	1 »
— morsure	1 »
— instrumentale	1 »
— par gouttelettes de Flügge	1 »
Etiologie inconnue	32 »

Ainsi, dans plus de la moitié des cas, le mode d'infection n'a pu être déterminé. Dans quelques autres, l'origine étiologique donnée par le malade paraît bien être un peu fantaisiste. De plus, nous avons déjà remarqué que le chancre conjonctival tarsien trouvait sa plus grande fréquence dans les années qui correspondent au maximum de l'activité génitale. Or, aux dires des malades, les 57 chancres que nous signalons sont des « syphilis de l'innocent ». Ces diverses constatations nous autorisent peut-être à penser qu'un nombre assez grand de cas à étiologie indéterminée, doivent être rapportés à une origine para-vénérienne, sur laquelle évidemment les malades ne mettent que peu d'empressement à renseigner le médecin.

SIEGE. — Les diverses localisations du chancre syphilitique à la conjonctive palpébrale se répartissent de la façon suivante :

Conjonctive supérieure droite	12 cas
— inférieure droite	11 »
— inférieure gauche	8 »
— supérieure gauche	7 »

Dans les autres observations le siège exact n'était pas précisé. La localisation plus fréquente à droite (23 cas) qu'à gauche (15 cas) s'explique, croyons-nous, par les cas plus nombreux à droite de contagion par contact avec le doigt.

NOMBRE. — Dans une de nos observations, il y avait double chancre, l'un sur la conjonctive supérieure, l'autre sur la conjonctive inférieure du même côté. Double chancre également dans un autre cas, l'un à la paupière supérieure droite, l'autre à la paupière supérieure gauche. Enfin, chez un troisième de nos malades, porteur d'un chancre conjonctival, est apparu un chancre nasal dû, soit aux larmes infectées, soit au transport du virus par l'intermédiaire des doigts. Dans toutes les autres observations, le chancre était unique.

AFFECTIONS OCULAIRES ANTERIEURES. — Les affections oculaires sont évidemment un point d'appel pour la localisation du chancre au niveau de l'œil. Sans reparler des corps étrangers, ni des cas où l'infection est le fait d'une thérapeutique locale dé-

fectueuse, il est certain que les affections oculaires, surtout les affections prurigineuses, créent, par les légers traumatismes qu'elles provoquent, de petites effractions de la muqueuse, portes d'entrée pour le spirochète, et qu'aussi, du fait du prurit, elles incitent le malade à porter ses doigts à l'œil, d'où transport possible de virus. Dans l'observation que nous devons à M. le Professeur Rollet, le malade qui était atteint d'une blépharite chronique s'est probablement contaminé de cette façon. Cependant les maladies antérieures de l'œil se retrouvent rarement dans les antécédents des malades atteints de chancres de la conjonctive palpébrale. La raison en est, comme le fait remarquer M. le Professeur Rollet, qu'un malade souffrant d'une affection prurigineuse, porte son doigt à la partie interne de l'œil, au niveau du grand angle, d'où la fréquence de ce mode de contagion dans les chancres cutanéomuqueux et sa rareté relative au contraire pour les chancres uniquement muqueux.

Symptomatologie

INCUBATION. — La durée d'incubation du chancre est difficile à préciser. Le plus souvent, on ne connaît, en effet, ni la date exacte de la contamination, ni celle de l'apparition des premiers phénomènes morbides. Dans l'observation de Duboucher on peut, semble-t-il, la fixer à 3 semaines ; à 45 jours dans l'observation de Mazet ; dans celle de Reiss, à 6 semaines. Dans le cas expérimental de Salmon sur le singe, l'incubation fut de 49 jours. En somme, rien de bien spécial quant à la durée d'incubation du chancre de la conjonctive tarsienne. On peut la fixer entre 3 semaines et un mois et demi.

DESCRIPTION CLINIQUE. — Le chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale a un début insidieux. Il y a seulement un peu de rougeur de la paupière, avec injection légère de la conjonctive et un peu de larmolement. Une sécrétion muco-purulente minime apparaît bientôt à la base des cils, qui sont agglutinés. L'absence de douleur est complète ; le ma-

lade éprouve seulement une sensation de corps étranger dans l'œil. En somme, tous les symptômes sont réduits au minimum et c'est seulement après 8 ou 10 jours, à l'apparition de l'adénopathie, que le malade va consulter un médecin.

Celui-ci constate alors une rougeur vineuse de la paupière qui est abaissée, légèrement ectropionnée avec un volumineux œdème de voisinage, rappelant tout à fait l'œdème du chancre préputial. La palpation à travers la paupière montre une induration de consistance particulière, cartilagineuse, bien différente de la sensation fournie par la palpation du cartilage tarse normal. Cette induration est bien limitée, formant une sorte de tumeur de grosseur variable et que les auteurs comparent à un pois vert, à une noisette, à une amande, à une demi-noix.

L'œdème peut gêner le renversement de la paupière ou même le rendre impossible, s'il s'agit de la paupière supérieure. Autrement, on constate que toute la conjonctive est le siège d'un fort chémosis et, en un point de la surface du tarse, on trouve une érosion étalée, pouvant atteindre la dimension d'une pièce de 50 centimes, même de 1 franc, de forme ovale, arrondie, parfois semi-lunaire. Cette érosion présente des caractères importants : c'est une cupule en godet, sans bords, à fond de couleur jambonnée et cuivrée, dont la base repose sur une large induration.

L'examen est complété par la recherche des ganglions satellites. Ceux-ci sont trouvés dans les régions préauriculaire, parotidienne et sous-maxillaire. Le plus constant et le premier en date est le ganglion

préauriculaire. Il s'y ajoute une adénopathie surtout parotidienne, si le chancre est situé à la partie externe de la muqueuse. Au contraire, l'adénopathie est à prédominance sous-maxillaire, si le chancre avoisine le grand angle de l'œil.

Il n'est pas rare, d'après Fournier, de rencontrer d'autres ganglions plus bas situés, dans les régions sus et sous-hyoïdiennes, en avant du sterno-cléido-mastoïdien. Dans ces cas, l'adénopathie constitue une véritable chaîne ganglionnaire commençant au niveau du tragus pour se terminer au voisinage du creux sus-claviculaire.

A ces signes il convient d'ajouter les recherches de laboratoire : Wassermann; présence de spirochète de Schaudinn dans les frottis; réaction du benjoin colloïdal dans le sérum, suivant la technique décrite par Starobinsky dans la *Presse Médicale* du 14 mars.

FORMES CLINIQUES. — Nous venons de décrire la *forme mamelonnée* du chancre induré de la conjonctive palpébrale. C'est celle qui nous a semblé la plus fréquente. Dans la *forme érosive* l'induration est plus diffuse, moins nette, mal perçue à travers la paupière, n'évoquant en rien, comme dans la forme précédente, l'idée d'une tumeur. Les autres symptômes restent les mêmes et, après retournement de la paupière, l'induration de la base sur laquelle repose l'érosion, devient manifeste à la palpation.

Qu'il soit à forme mamelonnée ou érosive, le chancre induré peut prendre secondairement un aspect pultacé. Cette *forme diphtéroïde* est d'ailleurs plus

rare à la conjonctive tarsienne qu'à la conjonctive oculaire où elle est de règle. Le fond de l'érosion, au lieu de présenter la couleur cuivrée habituelle, est blanchâtre, recouvert d'une fausse membrane à aspect diphtéroïde. Si l'on pratique l'avulsion de cet enduit pultacé, on voit que le fond de l'érosion présente la couleur jambonnée, propre au chancre spécifique.

Nous ne parlerons pas du chancre bivalve, à cheval sur le cul-de-sac et se prolongeant sur les conjonctives tarsienne et bulbaire, puisque notre étude est limitée au chancre strictement localisé à la partie palpébrale de la muqueuse.

Pour la même raison, nous ne dirons rien des chancres cutanéomuqueux.

EVOLUTION. — L'évolution ne diffère pas de celle des chancres génitaux ou extra-génitaux. Après un accroissement de 8 jours environ, la lésion oculaire reste stationnaire pendant un mois ou deux pour diminuer ensuite d'une façon progressive jusqu'à disparition complète. La durée totale de l'évolution est en moyenne de dix à douze semaines. L'adénopathie persiste en général un peu plus longtemps.

Les accidents secondaires apparaissent un mois environ après le début du chancre.

COMPLICATIONS. — Nous ne parlerons dans ce chapitre que des complications immédiates, d'ordre infectieux, susceptibles de venir troubler la physiologie clinique du chancre syphilitique de la con-

jonctive palpébrale. Les microbes, qui abondent à la surface de la conjonctive, pourront inoculer la muqueuse à travers l'érosion chancreuse, comme ils le feraient au niveau d'une solution de continuité quelconque. Aux symptômes propres du chancre, s'ajouteront alors des signes plus ou moins marqués de conjonctivite simple : douleur, photophobie, épiphora, sécrétion muco-purulente. Un examen un peu attentif aura vite fait de reconnaître, sous ces apparences d'infection banale, la nature spécifique de la lésion primitive.

Diagnostic

DIAGNOSTIC POSITIF. — Le diagnostic de chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale est difficile au début de l'évolution du chancre. A ce premier stade on se croit à peu près fatalement en présence d'une conjonctivite banale.

Mais bientôt les symptômes vont se préciser pour constituer au chancre syphilitique de la conjonctive tarsienne une individualité clinique bien caractérisée: volumineux œdème des paupières, ectropion, chémosis intense, érosion sans bords, à fond rouge, parfois d'aspect pultacé, reposant sur une large base indurée, adénopathie satellite, indolence complète. Ces symptômes cardinaux sont assez caractéristiques pour permettre d'affirmer la nature de la lésion sans attendre les accidents secondaires. Cependant le diagnostic n'est souvent fait qu'après l'apparition de la roséole. En effet, du fait même de sa rareté, le chancre conjonctival est souvent méconnu. Le diagnostic n'est évident qu'à la condition d'y penser.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL. — Souvent méconnu, le chancre conjonctival, suivant la juste expression de Morax, est rarement confondu avec une autre affection oculaire.

Le cancer se voit surtout à partir de 40 ans, tandis qu'à cet âge le chancre devient moins fréquent, pour ne plus se voir après 56 ans. La dureté du néoplasme est bien différente de l'induration cartilagineuse du chancre. Les bords de l'ulcération sont taillés à pic, à l'emporte-pièce; le fond est ichoreux et fétide, saignant facilement. L'adénopathie est absente ou à apparition tardive.

La forme ulcéreuse de la tuberculose conjonctivale est rare. Le plus souvent, il s'agit alors d'une lésion secondaire par extension d'un lupus voisin (dos du nez, canal nasal, paupières). Au surplus, l'aspect de la lésion est tout différent : ici les bords sont livides, décollés, déchiquetés; le fond est gris sale; l'ulcération ne repose pas sur une base indurée. Les ganglions, petits ou gros, ont une tendance marquée à la confluence, marchent au ramollissement et la fluctuation y apparaît bientôt.

Il n'y a pas d'observation authentique de *chancre mou* des paupières. Les deux observations publiées sont fort discutables puisqu'il n'y avait pas le bubon satellite. L'existence du chancre mou des paupières doit donc légitimement être mise en doute. La confusion avec le chancre induré ne serait d'ailleurs guère possible; il se traduirait par une ulcération taillée à pic, sans induration à sa base, par une réaction ganglionnaire limitée au bubon satellite.

L'actinomyose ne se voit guère aux paupières. Elle se traduit par une ulcération à pic, dévorant la paupière dans sa forme serpigineuse. Le fond présente des granulations jaune d'or caractéristiques. Les bords de l'ulcération sont décollés. Absence d'adénopathie.

Les formes pultacées du chancre syphilitique peuvent être confondues avec la *diphthérie conjonctivale*. Mais, dans la diphthérie, l'érosion ne présente pas une base indurée. Après l'ablation de la fausse-membrane, le fond de l'érosion n'apparaît pas avec sa couleur jambonnée. La culture du bacille de Loeffler lèverait tous les doutes, si le diagnostic restait hésitant.

Le *chalazion* peut être pris pour un chancre, surtout le chalazion géant. Mais alors c'est une petite tumeur sans induration, molle. Quand il est scléreux, il est dur, mais non induré. Enfin et surtout il n'y a pas de ganglions.

L'herpès conjonctival ne présente ni tumeur, ni induration. La douleur et la photophobie sont intenses. Pas d'adénopathie.

Les *plaques muqueuses* de la conjonctive sont très rares. On constate en même temps d'autres phénomènes secondaires. Ni induration, ni réaction ganglionnaire.

Les *gommes syphilitiques* sont également très rares à la conjonctive tarsienne, beaucoup plus qu'à la conjonctive bulbaire. C'est une ulcération véritable, profonde, sanieuse, ne s'accompagnant pas d'adénopathie.

Pronostic

Quant à son évolution propre, le chancre induré ne revêt pas une gravité particulière du fait de sa localisation à la conjonctive tarsienne. Sa durée est sensiblement la même, les formes ulcéreuses ou phagédéniques ne sont pas plus fréquentes.

Les accidents secondaires paraissent également peu influencés. Tout au plus pourrait-on dire que l'apparition de la roséole est un peu plus précoce.

En ce qui concerne le pronostic éloigné, nous manquons complètement de données pouvant nous permettre de formuler une opinion. Aucun, en effet, des malades dont nous rapportons les observations, n'a été suivi.

Pipet, dans sa thèse sur le pronostic des chancres extra-génitaux, et Stourme, dans une autre thèse sur le pronostic des chancres céphaliques, arrivent bien à cette conclusion que la localisation de l'accident primitif n'influence en rien l'évolution du tertiarisme. Mais ni l'un, ni l'autre, ne rapportent d'observations de chancre de la conjonctive.

En somme, pour cette dernière localisation, nous ne pouvons faire état que de l'observation que nous devons à M. le Docteur Jacqueau. Il s'agit d'un médecin qui fut atteint d'atrophie du nerf optique et mourut d'accidents encéphaliques, à la suite d'un chancre conjonctival. Mais, à propos de ce cas, il convient de faire remarquer que le diagnostic ne fut pas accepté au début par le malade, et que, par suite, le traitement antisypilitique ne fut institué que tardivement.

En somme, la question de plus ou moins grande gravité dans l'évolution d'une vérole à chancre d'inoculation au niveau de la conjonctive reste entière et aucune des constatations que nous avons pu faire ne nous permet de la résoudre.

Au point de vue local, le pronostic est plus facile à établir. La cicatrisation du chancre demande de dix à douze semaines après quoi la *restitutio ad integrum* est de règle. Comme complications locales, nous relevons dans nos observations, un cas de symbléphonon et deux kératites interstitielles.

En résumé, lorsqu'on se trouve en présence d'un chancre de la conjonctive tarsienne, s'il convient peut-être, jusqu'à plus ample informé, de ne pas trop préjuger de l'évolution ultérieure de la syphilis, on peut sans hésiter formuler un pronostic relativement très favorable quant à l'organe de la vision.

Anatomie pathologique

Nous ne possédons que deux documents sur l'anatomie pathologique du chancre conjonctival tarsien. Le premier est de Sgrosso qui, par suite d'une erreur de diagnostic, excisa un chancre dans un but thérapeutique et eut ainsi l'occasion d'en faire un examen histologique. L'autre est relatif aux expérimentations faites par Salmon sur le singe.

Voici, in-extenso, les constatations anatomiques de Sgrosso :

« Dans la masse, ici et là, on voit des foyers de diverses grandeurs, ronds, irréguliers et à contours indécis, dans lesquels, en plus d'un aspect granuleux plus accentué, on note une uniforme et moindre coloration il existe quelques foyers dont la partie centrale est presque décolorée. Dans les parties périphériques de la tumeur qui correspondent à sa surface libre, le tissu fondamental est plus dense et plus riche en éléments cellulaires. En certains points, l'in-

filtration est tellement intense qu'elle cache le tissu fondamental, tandis que là où l'infiltration est moins abondante, ce tissu a les caractères plus évidents du tissu fibreux. Dans certains points, la partie périphérique est presque tout à fait décolorée et semble comme interrompue d'anfractuosités; partout, à la surface, elle est dépourvue de revêtement épithélial. Dans toute la masse de la tumeur, on trouve de riches arborisations vasculaires qui, même à un faible grossissement, montrent une abondante infiltration de petites cellules fortement colorées. L'infiltration semble s'étendre des parois des vaisseaux vers les tissus voisins, de sorte que les vaisseaux apparaissent comme entourés d'un manteau de tissu plus fortement coloré.

« A un plus fort grossissement, le tissu fondamental apparaît tantôt de structure fibrillaire, tantôt de structure fibreuse, et là où il est de structure fibrillaire, il est richement infiltré d'éléments cellulaires, petits et ronds, à faible protoplasma, et d'éléments moins nombreux mais plus grands, à protoplasma abondant. Pour ces derniers, on en voyait quelques-uns à forme de massue, d'autres fusiformes ou ramifiés, ayant toutes les apparences de fibroblastes.

« Les foyers granuleux sont surtout constitués par de petits éléments ronds, dont plusieurs d'apparence épithéloïde, avec parfois quelques cellules géantes. Dans la plupart de ces foyers, le centre est formé par des éléments à protoplasma homogène et à noyau faiblement coloré par les réactifs nucléaires; on voit même des foyers qui, dans leur centre, au lieu d'élé-

ments cellulaires, présentent un plexus fibrillaire, parsemé d'un détritüs granuleux. Dans la partie périphérique de la masse, le tissu conjonctif conserve presque partout la structure fibrillaire, mais les fibrilles sont plus denses, plus richement infiltrées d'éléments cellulaires. Dans quelques endroits, au contraire, le tissu conjonctif a les caractères du tissu scléreux. Dans les parties de la surface libre correspondantes aux discontinuités, les éléments cellulaires sont complètement détruits, et dans certains points, le tissu conjonctif fibrillaire a été entièrement remplacé par des foyers de détritüs granuleux.

« Même en se servant de forts grossissements et de coupes en série, il est impossible de trouver trace de revêtement épithélial. Les arborisations vasculaires, constituées par des capillaires à parois élargies, présentent une riche infiltration cellulaire de leurs parois, s'étendant dans le tissu conjonctif périvasculaire. Dans certains capillaires on voit l'épithélium proliféré; d'autres sont tantôt bien conservés, tantôt entièrement détruits. »

Salmon, dans une communication à la *Société de Biologie de Paris*, en 1904, à la suite de ses études expérimentales sur le singe, dit avoir constaté une mononucléose abondante dans le tissu connectif et une leucocytose locale des voies sanguines. Les vaisseaux étaient atteints d'endartérite et de périartérite. Il explique l'hyperpigmentation cellulaire par l'arrivée, au niveau de la lésion, de cellules chargées de pigments.

En somme l'examen anatomo-pathologique du chancre palpébral est bien caractéristique des lésions histologiques produites par la vérole : mononucléose et lymphocytose, hyperpigmentation, lésions vasculaires et périvasculaires.

Traitement

Dès que le diagnostic de chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale est porté, la médication spécifique doit être immédiatement instituée.

Le « traitement d'attaque » sera celui de tous les chancres, c'est-à-dire qu'il relève des arsénicaux, du novarsénobenzol de préférence.

On complètera, par la suite, le traitement par des cures mercurielles ou bismuthées.

Quant à la thérapeutique locale, elle sera réduite au minimum. Les irritants seront proscrits. Si l'infection secondaire existe et ne cède pas à la rétrocession de l'ulcère syphilitique, on pourra pratiquer quelques lotions légèrement antiseptiques.

Enfin si l'on redoute un symblépharon, il sera prudent de faire des onctions sur la surface conjonctivale avec un corps gras neutre, la vaseline stérilisée par exemple.

Observations

OBSERVATION I (Inédite)

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Chancres indurés de la conjonctive palpébrale inférieure gauche chez un homme de 47 ans. — Adénopathie pré-auriculaire, sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire. — Syphilides papuleuses sur le cou et le tronc. Nombreuses plaques muqueuses de la bouche. — Wassermann positif. — Étiologie inconnue. Amélioration rapide par les injections intraveineuses de néosalvarsan.

Le 13 février 1925, C..., 47 ans, manoeuvre, se présente à la consultation du service pour une tuméfaction rougeâtre de la paupière inférieure gauche, apparue depuis quelques semaines.

ANTÉCÉDENTS. — A noter que le malade a souffert des yeux depuis l'âge de 12 ans. Il eut des conjonctivites à plusieurs reprises et fut mis dans le service auxiliaire pour opacités cornéennes ; en même temps, les paupières présentaient un certain degré d'ectropion.

Pas d'autre maladie. Une blennorrhagie très légère à 40 ans. Nie absolument la spécificité. Ethylisme certain.

L'affection actuelle remonte, d'après les dires du malade, au début de janvier 1925.

Depuis quelques jours, le malade ressentait une cuisson assez vive au niveau de l'œil gauche, mais ne s'inquiétait guère de ce symptôme, banal chez lui. Puis il s'aperçut, en éversant la paupière, de l'existence d'un petit bouton sur la face tarsienne de la conjonctive, qui évolua en quelques jours, sans grandes douleurs, pour atteindre un développement considérable.

Vers le milieu du mois de janvier, le malade signale que peu à peu la paupière se renversait et se tuméfiait de plus en plus, **amenant** un ectropion très marqué, à peu près tel qu'il existe actuellement.

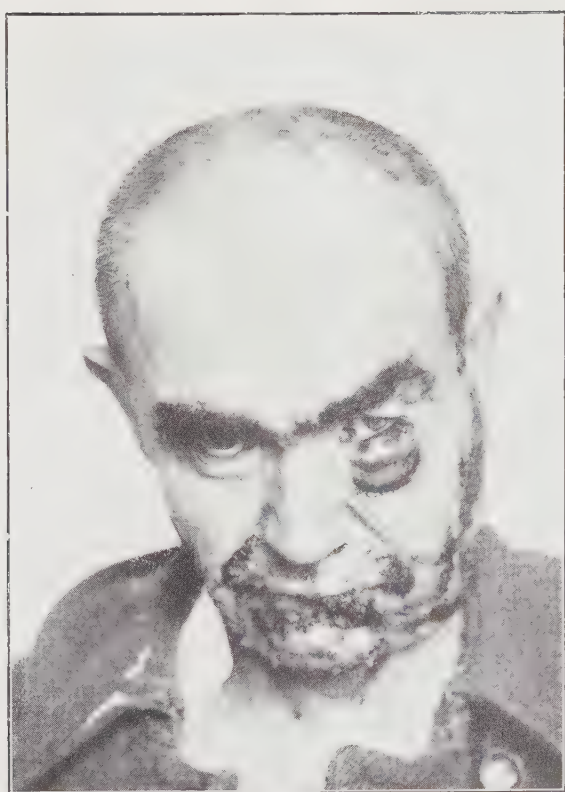
Vers la fin du mois de janvier, une éruption apparut sur le visage, le cou, puis sur le tronc, se développant de plus en plus.

A L'EXAMEN. — On est tout de suite frappé par la tuméfaction de la paupière inférieure et par l'éruption intense présentée par le malade.

Au niveau de l'œil gauche, la paupière inférieure est remplacée par une tuméfaction rouge, irrégulière, recouverte par la conjonctie tarsienne. On se rend compte qu'il existe à ce niveau un gonflement, une infiltration nette qui ont éversé la paupière. Le bord ciliaire marque la limite supérieure de cette tuméfaction, qui se continue en bas et sur les côtés avec la peau de la joue, sans sillon intermédiaire.

Sur cette saillie rougeâtre, au point le plus élevé et assez près de l'angle externe, existe une large érosion allongée, irrégulière, très superficielle, à bords peu nets, dont le fond présente une teinte rouge vif, jambonnée. Au-dessous, la palpation permet d'apprécier une induration très nette, cartilagineuse, qui forme la base de l'érosion. Cette érosion, en définitive, occupe la face tarsienne de la conjonctive, empiétant légèrement sur le fond du cul-de-sac, sans envahir la conjonctive bulbaire.

Par ailleurs, les deux yeux présentent des signes de conjonctivite et de blépharite anciennes, peu influencées, semble-t-il, par l'affection actuelle.



Les caractères de cette érosion, joints à ceux de l'éruption qui avait frappé l'attention, l'adénopathie spéciale, montrent la véritable nature de l'affection.

L'éruption est représentée par des syphilides papuleuses et papulo-croûteuses, occupant le cou et le tronc. Sur certaines régions de la face, elles prennent un caractère ulcéreux, qui simule de véritables plaques muqueuses. Celles-ci existent en grand nombre dans la bouche.

L'adénopathie est représentée par un ganglion pré-auriculaire gauche, du volume d'une olive, sans péri-adénite, de deux ou trois ganglions sous-maxillaires plus volumineux, qui roulent sous le doigt, et surtout par un énorme ganglion sous-angulo-maxillaire, du volume d'un œuf de pigeon, autour duquel existe une zone nette de périadénite. A distance, dans la région carotidienne et au niveau de la nuque, existent également quelques ganglions beaucoup plus petits. Pas de ganglion épitrochléen.

L'examen complet ne révèle rien d'anormal. Pas d'albumine.

En somme, l'histoire du malade est très nette. Il s'agit d'un chancre syphilitique de la face tarsienne de la paupière inférieure gauche, dont le début remonte à la fin de l'année 1924 ou au début de janvier, accompagné d'une pléiade ganglionnaire caractéristique et de roséole intense.

Il manque la notion de *contage*. Le malade est célibataire, mais n'a eu aucun rapport sexuel depuis plus de deux ans. Il n'y a aucun renseignement qui permette de comprendre le mode d'inoculation.

Le Wassermann, fait le 17 février, a donné une réaction très positive.

16 février 1925. — Injection de 0,15 de Néo.

19 février. — Injection de 0,30 de Néo.

A la suite de ces injections, l'éruption papulo-squameuse a disparu.

25 février. — Injection de 0,45 de Néo.

10 mars 1925. — Il n'existe plus ni papules; ni squames. L'adénopathie a diminué. On sent encore un ganglion sous-angulo-maxillaire gros comme une noisette et, à la région sous-maxillaire, un ganglion gros comme une noix.

Aux paupières, la rougeur palpébrale œdémateuse a disparu et est remplacée par un léger œdème pigmenté. La paupière inférieure est encore éversée. On sent toujours un large noyau sclérosé du volume d'un demi-haricot.

30 mars. — Les paupières sont à peu près en place. La sclérose a disparu. Il reste un petit ganglion sous-maxillaire. Macules pigmentaires thoraciques.

OBSERVATION II (DESMARRES)

*Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale.
Erosion indurée. — Adénopathie.*

Sage-femme âgée de 30 ans. Quand elle se présente à la clinique, la conjonctive palpébrale inférieure est gonflée depuis quinze jours. Sur le milieu de la conjonctive, dans le cul-de-sac inférieur, tumeur indolore, un peu allongée, du volume d'un pois vert, au sommet de laquelle existe une ulcération à bords déchiquetés et taillés à pic, donnant un peu de pus. Cette tumeur, complètement adhérente à la muqueuse, fait corps avec la conjonctive, sur laquelle elle est couchée en forme de fuseau. Elle offre tout à fait l'aspect que présenterait une ulcération syphilitique primitive sur la muqueuse préputiale. L'œil est très rouge et secrète un peu.

Ganglion préauriculaire volumineux, venant en aide au diagnostic. Cependant, comme la malade n'a pas souvenir d'avoir accouché récemment de femme infectée et qu'elle affirme n'avoir pas eu de rapports suspects, je l'adresse à M. Ricord qui, après un examen attentif, me la renvoie avec le diagnostic : chancre de la conjonctive, avec son adénopathie symptomatique.

J'ignore comment s'est terminé ce cas, la malade n'étant pas revenue à la clinique.

OBSERVATION III (GALEZOWSKI)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale à forme mamelonnée. — Accidents secondaires. — Symblépharon

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure droite chez une femme de 30 ans. Apparition de plusieurs papules et tubercules syphilitiques sur la joue. La lésion consistait en une large ulcération située à la partie interne et supérieure de la conjonctive palpébrale et qui s'étendait très loin dans le cul-de-sac conjonctival. Sur la face cutanée de la paupière, on sentait avec les doigts une tumeur grosse comme une noisette, dure et à bords un peu amincis. Trois semaines après, apparition d'une forte conjonctivite avec suppuration, qui persista pendant trois semaines et pendant laquelle il s'est produit une rétraction de la conjonctive, qui amena une adhérence du bord interne de la cornée et de la sclérotique. L'œil fut complètement attiré en dedans.

OBSERVATION IV (FOURNIER)

Chancre induré de la conjonctive tarsienne chez un médecin, à la suite d'une infection professionnelle. — Adénopathie. — Accidents secondaires.

Un médecin nous consulte pour une syphilide papuleuse de forme classique. Le malade affirme n'avoir jamais eu de chancre. Il se rappelle que, cautérisant un malade affecté d'accidents syphilitiques, il a reçu dans l'œil une gouttelette de salive. Quelque temps plus tard, il reconnut dans le cul-de-sac palpébral inférieur, l'existence de deux petites érosions rouges, superficielles. Au moment où je vois le malade, au point de l'érosion primitive, existe une induration parcheminée des plus nettes, circonscrite en forme d'amande. Ganglion préauriculaire de la grosseur d'une petite olive, indolent, dur, mobile.

OBSERVATION V (WHERRY)

*Chancre syphilitique de la conjonctive tarsienne.
Chémosis. — Adénopathie. — Phénomènes secondaires.*

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale inférieure droite chez un berger de 23 ans. Il existait sur la conjonctive un ulcère à base indurée. Chémosis intense. Les ganglions des régions sous-maxillaires et parotidiennes sont tuméfiés et durs. Apparition des phénomènes secondaires typiques cinq semaines après.

OBSERVATION VI (BECK)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale

Femme de 25 ans, présentant une petite ulcération indurée à la surface conjonctivale de la paupière inférieure gauche, près du bord libre. Elle avait été embrassée par un ami, porteur de plaques muqueuses de la bouche.

OBSERVATION VII (DENTI)

*Chancre induré de la conjonctive tarsienne
Réaction ganglionnaire. — Plaques muqueuses.*

Femme de 36 ans, présentant dans le cul-de-sac inférieur de l'œil gauche une ulcération à fond grisâtre et pultacé et à base indurée. Ganglions préauriculaire et sous-maxillaires indurés. Peu après, roséole et plaques muqueuses. Un très jeune enfant, porteur d'une syphilide papuleuse généralisée lui avait égratigné l'œil, tandis qu'elle le portait.

OBSERVATION VIII (DENTI)

Chancres syphilitiques de la conjonctive palpébrale. — Adénopathie. — Recherche positive des spirochètes dans les frottis.

Homme de 44 ans, sans antécédents. — A la paupière supérieure gauche, à l'union du tiers interne et du tiers moyen, tumeur ronde, du volume d'un pois chiche, de surface lisse indolore, de consistance cartilagineuse. En relevant la paupière, on note dans le cul-de-sac conjonctival, sous une fausse membrane légère, une ulcération plane couleur jambon. Adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire. Aucune manifestation secondaire. Gramm, Ziehl et Wassermann négatifs. La recherche des spirochètes dans les frottis est positive.

OBSERVATIONS IX et X (DEMETS)

L'auteur a observé deux cas de chancre de la conjonctive palpébrale à 30 ans d'intervalle.

OBSERVATION XI (SZOKALSKI)

*Chancre syphilitique de la conjonctive tarsienne.
Plaques muqueuses.*

Ulcère syphilitique de la conjonctive palpébrale inférieure gauche. Ulcérations secondaires de la langue. Le malade avait un cil dans le cul-de-sac. Un syphilitique a cherché à le lui enlever avec la langue.

OBSERVATION XII (LIPP)

*Chancre induré de la conjonctive palpébrale
Adénopathie.*

Manifestation syphilitique primitive de la paupière inférieure gauche. La paupière est œdémateuse et présente dans toute son étendue la marque d'une sclérose intense. Ulcération en voie de guérison sur la muqueuse. Adénopathie. — La malade donnait comme cause à son affection les soins donnés à un nourrisson mort de syphilis héréditaire.

OBSERVATION XIII (JAMES ADAMS)

A la face interne de la paupière supérieure, surface ulcérée reposant sur une base indurée. Ressemble à un chalazion. Adénopathie.

OBSERVATION XV (CLAYES)

Chez un homme de 30 ans, l'auteur a observé un ulcère à bords indurés sur la conjonctive palpébrale. Guérison par le traitement spécifique.

OBSERVATION XV (BRINKEN)

L'auteur a observé chez un homme de 22 ans, dans la moitié nasale de la conjonctive tarsienne supérieure, une ulcération à base indurée. — Manifestations secondaires.

OBSERVATION XVI (LAVERGNE et PERRIN)

Chancre induré de la conjonctive palpébrale.

Adénopathie. — Roséole.

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure gauche chez un garçon de café de 27 ans. Adénopathie considérable. Du lobule de l'oreille, à 3 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire, se trouve une série de ganglions superposés. — Roséole commençante au niveau du thorax. — Un mois auparavant, le malade a vu deux fois une femme qui avait un bouton à la lèvre.

OBSERVATION XVII (David BECK)

Homme de 26 ans. Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale inférieure droite, pris pour une conjonctivite catarrhale. Roséole et plaques muqueuses.

OBSERVATION XVIII (NIVET)

Chancre induré de la conjonctive palpébrale.

Adénopathie. — Accidents secondaires.

Homme de 36 ans, cocher, ayant mal à l'œil, se rendit à la consultation d'une clinique ophtalmologique, où on diagnostiqua « conjonctivite et rétrécissement du canal nasal ». Deux mois après il eut une éruption de syphilides papulo-squameuses. Adénopathie préauriculaire et rétromaxillaire correspondante. A l'examen, la paupière supérieure gauche est tuméfiée, rouge violacé ; la tuméfaction rend impossible son renversement, cependant on sent un noyau dur très manifeste à travers le cartilage tarse.

OBSERVATION XIX (NIVET)

Garçon de 14 ans. Présentait des symptômes de conjonctivite. Petit bouton sur la conjonctive palpébrale. Engorgement dur, mais indolore, des ganglions rétro-maxillaires. En abaissant la paupière inférieure, on aperçoit la conjonctive très rouge et présentant à sa partie externe une ulcération sans bords. Au niveau de cette lésion, on sent, à travers la paupière, un noyau dur.

OBSERVATION XX (TOUCHELAUME)

*Chancre syphilitique du cul-de-sac. — Adénopathie.
Roséole.*

Homme de 19 ans. Après avoir retourné la paupière supérieure droite, on trouve au niveau du cul-de-sac une ulcération à grand axe horizontal, ne faisant pas saillie sur le reste de la conjonctive. Induration parcheminée. Un ganglion pré-auriculaire et des sous-maxillaires volumineux et durs. Apparition de la roséole vingt jours après. Le malade rapporte la cause de ses accidents à un baiser sur l'œil.

OBSERVATION XXI (PURTSCHER)

Chancre du cul-de-sac. — Adénopathie.

Fille de 18 ans. Chancre induré du cul-de-sac conjonctival inférieur droit. Ulcération de la grosseur d'un haricot, à bords très indurés. Adénopathie préauriculaire. La malade était vierge. Mode d'infection : léchage de l'œil par la mère de la malade, dans un but thérapeutique.

OBSERVATION XXII (DUBARRY)

*Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale.
Manifestations secondaires.*

Chez une petite fille de 3 ans et 3 mois, on constatait, en retournant la paupière inférieure gauche, que toute la conjonctive palpébrale était tiraillée vers un point central gros comme une petite lentille, d'un jaune gris, se continuant sans aucune irrégularité avec le reste de la conjonctive. Celle-ci était soulevée par une grosseur d'une dureté cartilagineuse. Sur le point central, aucune érosion. Toute la tumeur était grosse comme une petite noisette. Le diagnostic ne fut fait qu'après l'apparition de la roséole. Plaques muqueuses de la bouche, à l'an us et à la vulve. La petite malade fut infectée en couchant avec sa marraine, porteuse de plaques muqueuses de la bouche.

OBSERVATION XXIII (ROLLAND)

*Chancre induré de la conjonctive tarsienne.
Ganglions. — Roséole.*

Homme de 50 ans. Se présente à la clinique la tête légèrement penchée à droite. Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens du côté droit sont augmentés de volume. La paupière inférieure droite, légèrement écartée de l'œil, sans être ectropionnée, est épaissie, rouge, tendue, luisante, dure au toucher dans toute son étendue. L'ouverture palpébrale retrécie laisse échapper une chassie sanieuse et mal liée. Bourrelet chémotique. Au milieu de la conjonctive palpébrale, on aperçoit une ulcération arrondie, creusée en godet. Sa surface est lisse, son fond est grisâtre. Deux mois après, apparition d'une roséole généralisée.

OBSERVATION XXIV (SNELL)

L'auteur a observé 9 cas de chancres syphilitiques des paupières et de la conjonctive. L'un d'eux était localisé sur la conjonctive palpébrale.

OBSERVATION XXV (REISS)

*Chancre induré de la conjonctive tarsienne.
Ganglions. — Roséole.*

Homme de 25 ans. Vient consulter pour une conjonctive granuleuse, dont il est atteint depuis longtemps et à laquelle vint s'ajouter depuis deux semaines une tuméfaction de la conjonctive de l'œil gauche. Le malade raconte qu'il y a huit semaines, il a été admis à l'hôpital militaire pour son trachome, bien amélioré à présent. Six semaines après son entrée à l'hôpital, le malade s'aperçut d'une sensation de compression siégeant de la paupière inférieure gauche, sensation comparable à celle d'un corps étranger. Deux semaines après, le malade constate que les ganglions sous-maxillaires du côté gauche sont très tuméfiés.

Préoccupé de son état, le malade s'adresse à nous. Nous constatons que l'œil gauche est très rouge, les conjonctives palpébrale et bulbaire présentent un chémosis et des granulations trachomateuses. Il existe dans le cul-de-sac inférieur, près de l'angle externe, un tumeur dure, à bords nettement indurés. Volumineux œdème des parties voisines. Il n'existe qu'un seul ganglion préauriculaire. Les ganglions sous-maxillaires du côté gauche sont très tuméfiés, durs, indolores. Roséole typique. Il est probable que le malade a été infecté par les instruments qui servaient au traitement du trachome.

OBSERVATION XXVI (RIEGEL)

Femme atteinte d'un chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure droite. La paupière était tellement œdématisée qu'on ne pouvait pas la retourner. Le diagnostic ne fut porté qu'après l'apparition d'une éruption papuleuse syphilitique.

OBSERVATION XXVII (DUBOYS DE LAVIGERIE)

Chancre induré du cul-de-sac conjonctival supérieur de l'œil droit. Adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire. Le petit-fils de cette malade est atteint de manifestations syphilitiques ; pas d'autre renseignement étiologique.

OBSERVATION XXVIII (MAZET)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale simulant un chalazion suppuré. — Pléiade ganglionnaire. — Roséole.

Femme de 50 ans. Vient nous consulter pour une affection conjonctivale persistante. Il y a environ quinze jours, elle a vu se développer sur le bord de la paupière inférieure droite une légère rougeur accompagnée d'une petite tuméfaction.

Quelques jours après, il est survenu un œdème des paupières, qui disparut en une dizaine de jours. Il reste de l'hyperhémie conjonctivale et toujours la même petite tuméfaction. La paupière retournée, nous mettons à découvert une petite érosion arrondie, bien limitée, du volume d'une lentille et située à un ou deux millimètres du bord marginal. Les bords un peu congestionnés ne sont pas surélevés. Le centre de la lésion est de couleur jaunâtre. En prenant cette érosion entre les doigts, on constate une petite induration profonde et arrondie. Dans son ensemble, la lésion offre toutes les apparences de l'inflammation chronique d'une glande de

Meibomius. Nous pensons donc avoir affaire à un petit chalazion suppuré.

La malade revient huit jours après. Notre regard est alors attiré par un gonflement des régions préauriculaire et sous-maxillaire. A la palpation, nous constatons un engorgement des ganglions de ces régions. La pléiade ganglionnaire formait une véritable chaîne allant de l'oreille à la clavicule. Nous pensons aussitôt à un chancre de la conjonctive.

Deux mois auparavant, notre malade avait soigné un nourrisson couvert de syphilides pustuleuses. La contamination était ainsi des plus faciles.

Nous prescrivons un traitement mercuriel. Un mois après, le chancre avait totalement disparu et la roséole, en faisant son apparition, venait confirmer notre diagnostic.

OBSERVATIONS XXIX et XXX (DAGUILAYSKI)

L'auteur cite deux cas de chancres syphilitiques, dont l'un siégeait sur le cul-de-sac supérieur, l'autre sur la conjonctive palpébrale inférieure. Le diagnostic fut fait en se basant sur l'aspect, le gonflement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires, et sur l'effet heureux de la médication spécifique.

OBSERVATION XXXI (DERJAVINE)

*Chancre conjonctival tarsien. — Ganglions.
Accidents secondaires.*

Chez un homme de 22 ans, il existait un chancre bien caractéristique sur la conjonctive palpébrale de la paupière supérieure droite, avec tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. Six mois après, apparaissent les symptômes de la syphilis secondaire. Mode d'infection indéterminé.

OBSERVATION XXXII (ASTENYO)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale inférieure droite chez un marinier de 21 ans. Ganglion préauriculaire du côté correspondant. Roséole.

OBSERVATION XXXIII (ELLET)

*Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale
simulant un chalazion. — Ganglions. — Roséole.*

Homme de 24 ans. Vient consulter pour une inflammation de l'œil droit, datant de quatre jours Aspect extérieur d'un chalazion. En retournant la paupière supérieure, on constate, à l'extrémité interne, la présence d'un ulcère à bords élevés et à base indurée. Sécrétion modérée. Pas de douleur, mais une tension sensible. Injection généralisée de la conjonctive. Le ganglion préauriculaire du côté droit est tuméfié et dur, ainsi que ceux de la région cervicale. Il est possible d'expliquer la contamination du malade par ce fait qu'il se servait des serviettes d'hôtel pour sa toilette. Quatre semaines après le début de l'affection, apparition d'une roséole généralisée à tout le corps.

OBSERVATION XXXIV (DE BERARDINIS)

Homme de 26 ans. Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure gauche. Ganglion préauriculaire dur, indolent et mobile. Eruption maculo-papuleuse, vingt jours après.

OBSERVATION XXXV (SGROSSO)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale inférieure gauche chez une femme de 32 ans. La lésion consistait en une tumeur gris rougeâtre, de consistance cartilagineuse, portant une petite excoriation à son sommet. Adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire.

OBSERVATION XXXVI (SGROSSO)

Homme de 24 ans. Chancre de la conjonctive palpébrale supérieure gauche. Petite tumeur non ulcérée, de consistance dure. Ganglions préauriculaires, sous-maxillaires et cervicaux. Roséole quinze jours après.

OBSERVATION XXXVII (MICHEL)

Chancre induré de la conjonctive tarsienne. — Adénopathie. — Traitement précoce ayant prévenu l'apparition des accidents secondaires.

Chez une petite fille de 5 ans, à la suite d'un eczéma impétigineux, s'est développé un chancre de la conjonctive palpébrale inférieure droite. La lésion consistait en une petite ulcération, située un peu en dehors du milieu de la paupière.

Par la suite, l'auteur a constaté sur toute la conjonctive oculaire des nodules jaunâtres, petits et ronds. Sur la conjonctive bulbaire opposée à la lésion palpébrale se trouvait une excoriation superficielle. L'adénopathie est apparue quatorze jours après. La non apparition de la roséole est expliquée, d'après l'auteur, par l'institution précoce du traitement.

OBSERVATION XXXVIII (ROHMER)

*Chancre induré de la conjonctive palpébrale.
Ganglion préauriculaire.*

Garçon de 8 ans. Se présente à l'hôpital avec une rougeur de la conjonctive palpébrale inférieure droite. Au milieu de la surface conjonctivale se trouvait une petite fausse membrane rappelant une brûlure superficielle. Au bout de quelques jours, cette fausse membrane ne tarda pas à s'ulcérer ; puis tous les caractères du chancre induré apparurent très nettement : induration, aspect spécial de l'ulcération, ganglion préauriculaire. Etiologie inconnue.

OBSERVATION XXXIX (MARLOW)

Chancre du cul-de-sac. — Adénopathie.

Kératite interstitielle.

L'auteur a vu la malade deux fois. La première fois, à l'âge de 54 ans, il constate un chancre caractéristique du cul-de-sac conjontival inférieur droit. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires étaient tuméfiés. La malade soignait un enfant hérédo-syphilitique.

Deux ans après, l'auteur est consulté de nouveau par la malade. A l'examen, il trouve une kératite intestitielle typique : la cornée entière était occupée par une infiltration diffuse.

— OBSERVATION XL (GELLÉ)

Double chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale et de la fosse nasale.

Adénopathie. — Roséole.

Homme de 24 ans. Double chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale et de la fosse nasale. Le chancre conjonctival siégeait à la partie interne de la conjonctive supérieure droite. Il existait là une tuméfaction en forme de pastille, de consistance dure et parcheminée. — Roséole. — Adénopathie préauriculaire et sous maxillaire. Il existait un ganglion sus-hyoïdien.

Mode d'infection : Un corps étranger pénètre dans l'œil droit du malade ; un de ses camarades, retournant la paupière, le lui enlève à l'aide d'une feuille de papier à cigarettes roulée entre les doigts et peut-être mouillée avec la salive.

Le chancre pituitaire siégeait sur la cloison nasale, à un centimètre environ de l'orifice. Il y avait là une tuméfaction diffuse, donnant la sensation d'une boule d'œdème, et portant sur sa face externe une ulcération à base cartilagineuse.

L'auteur croit que le chancre pituitaire fut inoculé par les doigts du malade ou par l'intermédiaire des larmes infectées.

OBSERVATION XLI (ORMOND)

Chancre du cul-de-sac conjonctival supérieur. Le ganglion préauriculaire était engorgé. Une éruption papuleuse survint plus tard sur le corps et les jambes.

OBSERVATION XLII (AUBINEAU)

*Chancre induré de la conjonctive. — Adénopathie.
Roséole. — Kératite interstitielle.*

Femme de 22 ans. Chancre induré de la conjonctive palpébrale inférieure droite. Apparition très précoce du ganglion préauriculaire. Evolution particulièrement maligne. Constatations des spirochètes dans les frottis. — Roséole. — Kératite interstitielle évoluant parallèlement au chancre et n'ayant pas disparu dix mois après le début de l'affection. — Symblépharon.

OBSERVATION XLIII (RICARDO-SPARTANO)

*Chancre conjonctival tarsien. — Adénopathie.
Accidents secondaires.*

Homme de 31 ans. Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure gauche. Petite tumeur ovale, de consistance cartilagineuse, longue de deux centimètres environ. Ganglion préauriculaire gauche tuméfié, mobile et indolent. Adénopathie sous-maxillaire et cervicale. Ganglion épitrochléen. Eruption papulo-squameuse généralisée.

OBSERVATION XLIV (ANGELIS)

*Chancre induré de la conjonctive chez un enfant de 5 ans.
Adénopathie. — Roséole.*

Enfant de 5 ans. Parents bien portants. Depuis huit jours, l'œil gauche est rouge, larmoyant ; les paupières sont collées le matin. A l'examen : rougeur de la conjonctive, avec sécrétion à la base des cils. Dans le cul-de-sac inférieur,

on trouve une ulcération dont un examen attentif nous fait penser qu'il s'agit d'un chancre syphilitique. Cette ulcération a une forme ovale, d'une dimension d'un centimètre; les bords sont légèrement surélevés et elle est recouverte d'une couenne que l'on détache assez difficilement et qui laisse à nu une surface rouge saignant légèrement. Cette ulcération repose sur une base indurée.

L'induration n'est douloureuse ni à la pression, ni spontanément. Adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire. Ganglion épitrochléen du côté gauche. Trente-deux jours après, apparition des phénomènes secondaires, — Etiologie inconnue.

OBSERVATION XLV (DUBOUCHER)

Chancre induré de la conjonctive après léchage pour ablation d'un corps étranger. — Adénopathie volumineuse. — Roséole et douleurs ostéocopes.

Un indigène vient à notre consultation pour se faire extraire une petite écharde sous-conjonctivale. Il existe une grosse tuméfaction de la paupière supérieure droite et une injection conjonctivale intense. Sur la surface conjonctivale, nous constatons la présence d'une lésion circulaire en surface. On perçoit à travers la paupière une induration qui nous fait penser au chancre. Le malade raconte que l'écharde a pénétré dans l'œil il y a un mois. Quelques heures après, elle fut enlevée par deux mauresques, qui glissèrent leur langue dans le cul-de-sac supérieur. Le malade fut immédiatement soulagé. Trois semaines après, les douleurs réapparurent plus vives; l'œil devint rouge et très tuméfié. A l'examen, l'œil malade est fermé avec larmoiement intense. Arborisation vasculaire très marquée, avec un peu de chémosis. Lésion circulaire de la surface d'une pièce de cinquante centimes, à peine tangente au bord ciliaire et pénétrant dans le sillon conjonctival. Elle est étalée, à bords plats, très érosive, à fond gris opalin, nettement indurée. Adénopathie très nette: le malade semble avoir les oreillons de ce côté.

Nous avons cherché les deux mauresques et nous avons trouvé que l'une d'elles présentait des plaques muqueuses de la langue. Il est évident que l'inoculation s'est produite au niveau de la plaie occasionnée par l'écharde.

Un mois et demi après l'entrée, apparition d'une syphilide papuleuse discrète et de plaques muqueuses labiales et palatines. Douleurs ostéocopes. La surface du chancre est cicatrisée.

OBSERVATION XLVI (Roche)

Double chancre syphilitique de la conjonctive tarsienne. — Recherche du spirochète négative. — Adénopathie. — Accidents secondaires.

Homme de 24 ans. Paupières droites très tuméfiées. Le malade est gêné, depuis une quinzaine de jours. On constate un œdème considérable des deux paupières, une légère sécrétion et un chémosis volumineux. Aucun trouble de la vue ; pas de douleur. A la parti interne de la conjonctive tarsienne, sur chacune des paupières droites, existe une petite ulcération de la grosseur d'un pois, recouverte d'une fausse membrane très adhérente et reposant sur une base très indurée. Ganglion préauriculaire indolent et mobile. Plus bas, on sent toute une chaîne ganglionnaire. Nous posons le diagnostic de chancre induré. Examen des frottis négatif.

Douze jours après l'entrée, éruption cutanée ne laissant aucun doute sur le diagnostic.

OBSERVATION XVII (Houdart)

Chancre conjonctival induré attribué à une morsure. Adénopathie.

Un soldat de 21 ans se présente avec une lésion de la face muqueuse de la paupière inférieure droite qu'il attribue à une morsure datant de plusieurs semaines. La lésion

est indolore par elle-même. Une semaine après, l'état s'aggrave : chémosis, ectropion, blépharospasme intense, sécrétion abondante, faisant penser à une infection blennorrhagique. Absence de gonocoques. Sur la conjonctive tarsienne, nous trouvons une ulcération saignante, allongée dans le sens transversal, reposant sur une base indurée, cartilagineuse et dépassant les limites de la perte de substance. Ganglion satellite au niveau de la boule graisseuse de Bichat. C'était un chancre syphilitique.

OBSERVATION XLVIII (Von MICHEL)

Chancre induré de la conjonctive palpébrale supérieure droite chez une femme de 56 ans, qui couchait avec sa fille, affectée d'un chancre des parties génitales. — Tuméfaction indolente des ganglions régionaux.

OBSERVATION XLIX (LEBER)

Chancre du cul-de-sac, après léchage thérapeutique.
Wassermann positif. — Adénopathie.

L'auteur rapporte un cas de chancre syphilitique de la partie externe du cul-de-sac conjonctival supérieur droit chez un ouvrier de 25 ans. Adénopathie préauriculaire, sous-maxillaire et cervicale. Réaction de Wassermann positive, ainsi que la recherche des spirochètes. Le malade, casseur de pierres, admet qu'il a été infecté par un camarade qui a cherché à lui enlever de l'œil un petit fragment de pierre.

OBSERVATION L (SNITOWSKY)

Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale supérieure. Infection extragénitale. Tumeur de la grosseur d'une prune. Une injection de 0,40 d'arsénobenzol a eu une action étonnante : la tumeur était résorbée avec une « rapidité magique », en quelques jours.

OBSERVATION LI (YUDIN)

Chancre de la conjonctive palpébrale. (*Westnik oftalmolog*, Moscou. 1910, XXVII, p. 378-407.)

OBSERVATION LII (VEASEY)

Chancre bilatéral de la conjonctive palpébrale.
Roséole.

Malade âgé de 48 ans, présentant du gonflement des paupières supérieures, qui sont rouges, surtout au niveau des bords libres. Les tarsees sont infiltrées, durs et résistants. Quand on renverse les paupières, on trouve sur chacune d'elles, vers la moitié externe de la conjonctive palpébrale, deux ulcérations à bords irréguliers, mesurant deux centimètres sur un centimètre. Les tarsees ne sont pas ulcérées. Le malade présente des éruptions papuleuses du tégument et des plaques muqueuses de la cavité buccale. Les ulcérations et les autres symptômes disparaissent sous l'influence du protoïodure, en deux mois.

OBSERVATION LIII (SULZER)

Chancre induré de la conjonctive chez un nourrisson
de 8 mois

Nourrisson de 8 mois, que j'observe depuis un mois et qui présentait, le premier jour où je le vis, une exsudation pseudo-membraneuse de la conjonctive tarsienne inférieure, dans laquelle on constatait la présence de pneumocoques. Mais, après quelques jours, la partie centrale de la paupière inférieure s'indura, les ganglions préauriculaires devinrent volumineux et l'on put faire le diagnostic de chancre syphilitique. Ce chancre du nourrisson a permis de diagnostiquer l'infection syphilitique, avec manifestations pharyngées, de la mère.

OBSERVATION LIV (GAUCHER)

(In Thèse KOUPLIANSKY)

Chancrè conjonctival tarsien. — Adénopathie.

Roséole généralisée.

Petit malade de 15 ans. Père mort avec des ulcérations multiples sur tout le corps. La mère est soignée pour une arthropathie syphilitique.

L'affection a débuté par une tuméfaction de la paupière supérieure droite, soignée pour un abcès des paupières. Le Professeur Gaucher diagnostique un chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale. La fente palpébrale est rétrécie et la paupière est le siège d'un œdème dur. Les cils sont rares et tombants. Le retournement, d'ailleurs difficile, de la paupière, montre que toute la partie externe de la conjonctive tarsienne est occupée par une érosion de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes, ovulaire, à fond rouge, à bords durs. Cette érosion repose sur une base très indurée. Chémosis intense de toute la conjonctive palpébrale. Ni douleur, ni photophobie. Ganglion préauriculaire du côté droit dur, mobile et indolore. Grosse masse ganglionnaire sous-maxillaire, à contours peu nets. Roséole généralisée. Céphalée sans localisation précise.

Le malade déclare n'avoir eu de rapports sexuels, ni subi auparavant des baisers de personnes suspectes. On peut penser qu'il doit sa syphilis à son père, ce dernier étant mort tout couvert d'ulcérations très probablement spécifiques.

OBSERVATION LV (RABÈRE)

L'auteur a observé à Bordeaux un cas de chancre syphilitique de la conjonctive tarsienne. Le malade, métallurgiste, avait reçu accidentellement dans le cul-de-sac inférieur de la conjonctive, une parcelle d'acier. Un camarade la lui enleva en balayant le cul-de-sac conjonctival avec le bout humide de la cigarette qu'il avait à la bouche. Cet individu était syphilitique et inocula ainsi la maladie dont il était porteur.

OBSERVATION LVI (Docteur JACQUEAU)

Le Docteur Jacqueau signale à la *Société d'Ophthalmologie de Lyon* le cas d'un médecin, infecté en cautérisant une gorge, pour lequel il porta le diagnostic de chancre conjonctival pultacé. Le malade fut atteint par la suite d'atrophie du nerf optique et mourut d'accidents encéphaliques.

Le Docteur Jacqueau s'est demandé à ce propos si le pronostic du chancre conjonctival n'était pas particulièrement grave. Il convient toutefois de faire remarquer que le diagnostic de diphtérie de la conjonctive, porté par un autre de ses confrères, avait été préféré par le malade, et qu'en conséquence le traitement spécifique n'avait pas été institué.

OBSERVATION LVII (MARIN AMAT)

Chancre syphilitique de la conjonctive tarsienne. — Ganglions. — Guérison en seize jours, par le novarsénobenzol.

Homme de 25 ans, présentant une rougeur de la paupière inférieure gauche. Le patient se plaint de douleurs oculaires et périoculaires, avec la sensation de corps étranger sous-palpébral. Comme symptômes généraux, violente céphalée nocturne, avec légère réaction fébrile. On sent une induration nodulaire profonde sur le milieu de la paupière inférieure. Toute la conjonctive bulbaire gauche présente un **fort chémosis**. En renversant la paupière inférieure, nous trouvons une petite érosion de la conjonctive palpébrale, arrondie, de 6 à 7 millimètres de diamètre. Les bords étaient à peine marqués et le fond, presque superficiel, était recouvert par une légère couche d'exsudats blanchâtres. On trouve le ganglion préauriculaire et un autre, au-dessous du lobule de l'oreille, très gros, mobiles, indolores. Il s'agit d'un chancre syphilitique. Le malade nie être allé dans des maisons de prostitution. Il se rappelle seulement qu'il y a dix à douze jours, il rencontrait dans une taverne un ami ivre, qui crachait énormément et tint une longue conversation avec lui.

En seize jours, le chancre est complètement guéri, après trois injections de novarsénobenzol.

Conclusions

I. — Le chancre palpébral, dans les statistiques générales des chancres extra-génitaux, entre dans une proportion de 4 %. Le chancre cutané et cutanéomuqueux des paupières s'observe plus particulièrement ; celui de face muqueuse ou tarsienne, qui fait l'objet de notre étude, est plus rare. Nous n'avons pu en réunir que 57 observations, dont une recueillie à la Clinique de M le Professeur Rollet.

II. — Le chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale s'observe dans les deux sexes, plus souvent chez l'homme (70 %) que chez la femme (30 %) ; il se voit également chez l'enfant (17 %). L'âge moyen est de 26 ans. Sa plus grande fréquence est entre 20 et 30 ans. Il n'a pas été noté après 56 ans.

III. — Le mode de contagion est indéterminé dans 32 cas, deux médecins ont été infectés en cautérisant la gorge à des syphilitiques. Les autres modes de

contagion se répartissent de la façon suivante : par léchage thérapeutique chez des trachomateux ou pour ablation d'un corps étranger de l'œil : 4 fois ; — par le bout humide d'une cigarette promené dans le cul-de-sac dans le même but : 2 fois ; — par des serviettes d'hôtel : 1 fois ; — par le baiser : 3 fois ; — par des instruments servant à soigner un trachome : 1 fois ; — par gouttelettes de Flügge : 1 fois ; — contagion familiale : 9 fois.

La durée d'incubation du chancre est difficile à préciser ; nous la trouvons indiquée dans trois de nos observations, où elle fut de 20 et de 45 jours.

IV. — L'ulcère primitif se présente sous l'aspect suivant : érosion indolente, sans bords, à fond de couleur jambonnée, sécrétant peu, reposant sur une base à induration chondroïde (chancre érosif), qui peut être très marquée (chancre mamelonné). D'autres fois, l'érosion est recouverte d'un enduit pultacé ou même d'une fausse membrane (chancre diphtéroïde).

On trouve en même temps un volumineux œdème de voisinage envahissant toute la paupière et un fort chémosis conjonctival. Le chancre s'accompagne toujours d'une pléiade de ganglions isolés, durs, mais surtout indolores et multiples. Le ganglion pré-auriculaire est le premier intéressé. On peut aussi, comme dans notre observation, trouver un ganglion sous-angulo-maxillaire et toute une pléiade sous-maxillaire.

V. — Ce chancre peut disparaître sans laisser de traces en dix ou douze semaines. Dans d'autres cas, un syblépharon lui fait suite. On peut noter aussi une kératite interstitielle concomitante ou consécutive. Avant sa disparition, peuvent survenir plaques muqueuses et syphilides cutanées.

VI. — Le diagnostic est le plus souvent facile, sauf au début, où le chancre peut simuler une conjonctivite banale. A la période d'état, les symptômes cardinaux : œdème de voisinage, chémosis, induration, caractères spéciaux de l'érosion et de l'adénopathie empêcheront de le confondre avec une autre affection oculaire. Aussi le chancre est-il plus souvent méconnu, en raison de sa rareté, que confondu avec un autre état pathologique. Dans le cancroïde, la dureté est bien différente de l'induration chancreuse, les bords de l'ulcération sont taillés à pic, le fond ichoreux et fétide, l'adénopathie tardive. La tuberculose ulcéreuse est le plus souvent une lésion par extension d'un lupus de voisinage ; les bords sont décollés et livides, sans induration ; les ganglions sont confluents. La diphtérie peut simuler un chancre à forme diphtéroïde, mais absence d'induration et de la couleur cuivrée après avulsion de la fausses membrane, surtout recherche positive du bacille de Loëf-
fler dans les cultures. Le chalazion géant est souvent mou, scléreux ; sa dureté est toute différente de l'induration du chancre, et en tous cas, il ne s'accompagne jamais d'une pléiade ganglionnaire.

VII. — Aucune de nos observations ne nous autorise à émettre un avis sur la gravité plus ou moins grande d'une tréponémose à chancre d'inoculation conjonctival. Chez un malade, la syphilis s'est bien montrée spécialement virulente, mais le traitement spécifique n'avait pas été institué. Quant aux autres, aucun n'a été revu à longue échéance.

VIII. — Au point de vue local, la *restitutio ad integrum* est de règle, et le pronostic doit être favorable quant à l'organe de la vision. Comme accidents oculaires consécutifs, nous avons noté un cas de symblépharon et deux kératites interstitielles.

IX. — La médication spécifique doit être instituée dès que le diagnostic est établi. Le « traitement d'attaque » se fera par les injections intra-veineuses de novarsénobenzol. Dans la suite, la syphilis sera traitée par des cures mercurielles ou bismuthées.

La thérapeutique locale se bornera à quelques lotions faiblement antiseptiques en cas d'infection persistante. Le symblépharon pourra être prévenu par des onctions avec un corps gras sur la surface conjonctivale.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

Etienne ROLLET

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 Avril 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie

- ADAMS JAMES. — Chancre on the mucous membrane. (*Transactions of the ophthalmological Society*, 1883, III, p. 4.)
- ANGELIS. — Chancre du cul-de-sac conjonctival. (*Clin. ophthalm.*, Paris, 1908.)
- ASTENGO. — Sifiloma primario della conjunctiva palpebrale. (*Annali di Ottalmol.*, 1899, p. 160.)
- AUBINEAU. — Chancre de la conjonctive. (*Ann. d'Oculistique*, Paris, 1907, n° 17.)
- AUMONT. — Chancre syphilitique des paupières. (*Thèse de Paris*, 1893.)
- BOYARD. — Gommès de la conjonctive. (*Thèse de Paris*, 1895.)
- BRINKEN. — Ulcus durum auf der Innenfläche des oberen Augenlids. (*Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde*, 1884), p. 371.)
- BULKLEY. — Syphilis in the Innocent, 1894. p. 30, New-York.
- BULL STEDMANN. — *Americ. Journ. of med. Sciences*, 1878, octobre
- CAUVIN. — Tarsite syphilitique. (*Arch. d'Ophtalm.*, 1910.)
- CLAYES. — Chancre infectant de la conjonctive palpébrale. (*Ann. de la Société de Médecine de Gand*, LXI, p. 206.)

- DAVID BECK. — Hard chancre of the eyelids conjunctiva. Contribution prom. the ophtalm. (*Clini. Medi. College of the Ohio*, 1886.)
- DARIER. — Chancre conjonctival. (*Mercredi Médical*, 1894, XXIV, p. 294.)
- DAGILAISKI. — Drei Falle von syphilitischen Primäraffekt auf der Konjunctiva. (*Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde*, 1898. *Arch. d'Opht.*, 1898.)
- DESPUGNET. . . *Rec. d'Ophtalm.*, 1881, p. 522.
- DENTI. — Ulcero syphilitico primitivo della conjunctiva palpebrale. (*Annali di Ottalmol.*, 1883.)
- Sifiloma iniziale del fornice congiuntivale superiore. (*Bolletino d'Oculist.*, 1922, p. 527.)
- DEMETZ. — Chancre induré de la conjonctive palpébrale. (*An. de la Soc. de Méd. de Gand*, 1883.)
- Chancre induré de la conjonctive. (*Soc. belge d'Ophtal.*, avril 1922. — *Clinique ophtalmol.*, 1922, p. 589.)
- DERJAVINE. — Harter Schanker der Bindehaut des Oberlids. (*Westnik Ophthalmol.*, 1898.)
- DESMARRES. — Traité des maladies des yeux. Art. XXI. T. II: affections syphilitiques de la conjonctive, p. 213, Paris, 1855.
- SCHWEINITZ (de) — *Med. Gesellschaft zu Philadelphia*, 1898, am. 18 januar. (*Ann. d'oculist.*, 1899.)
- BERARDINIS (de). — Sifiloma primaria della conjunctiva. *Annali d'Ottal.*, 1899.
- DUBOYS DE LAVIGERIE. — *Ann. d'Oculist.*, 1896, p. 112.
- DUBOUCHER, — Chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale chez un indigène à la suite de manœuvres de léchage en vue d'extraction d'un corps étranger de l'œil. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1908.)
- ELLET. — A case of chancre of the conjunctiva. (*Ophthalm. Record*, 1899.)

EVEILLÉ. — Recherches statistiques sur la syphilis oculaire.
(*Thèse de Bordeaux*, 1885.)

FORTUNIADÈS. — Etude sur le chancre syphilitique des paupières. (*Thèse de Paris*, 1889.)

FOURNIER. — Les chancres extra-génitaux. Paris, 1897.

— De la contagion médicale. (*France médicale*, 1896.)

— *Semaine médicale*, 1895, XV.

FARGEOT. — Syphilis lacrymale. (*Thèse de Lyon*, 1924.)

GALEZOWSKI. — Chancre infectant de la conjonctive palpébrale. (*Journ. d'Oculistique*, 1872, p. 308.)

— Du chancre oculaire et de son diagnostic avec les ulcères gommeux syphilitiques. (*Bull. de la Société de Derm. et de Syphil.*, 1893.)

GAUCHER. — Chancre syph. de la caroncule. (*Bull. de la Société de Derm. et de Syphil.*, déc. 1901.)

— Chancre syphil. de l'angle interne de l'œil. (*Bull. de la Soc. dermat. et syphil.*, 1909, p. 123.)

HERTZFELD. — Die syphilitischen Erkrankungen der Augenlider. (*Dissertation*, Leipzig, 1898.)

HITSCHMANN. — Ein Fall von luetischem Primäraffect der Konjunctiva. (*Wiener Klin. Wochenschr.* 1896, n° 52.)

HOUDARD. — Trois chancres de l'œil. (*Rec. d'Ophthalm.* Paris, 1909, XXXI.)

JANIN DE COMBE-BLANCHE. — Mémoires et observations anatomiques, physiologiques et physiques sur l'œil. (Lyon, 1772, p. 354.)

KOULIANSKY. — Le chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale. (*Thèse de Paris*, 1913.)

KROLL. — Primäraffect der Augapfelbindehaut. (*Thèse de Breslau*, 1910.)

LAPERSONNE (DE). — Du chancre palpébral. (*Arch. d'ophtal.*, 1880 et 1881, p. 500.)

LAVERGNE et PERRIN. — Contrib. à l'étude des chancres extra-génit. (*Ann. de Derm. et de Syphil.*, 1884.)

LAGRANGE et VALUDE. — Encyclopédie française d'ophtalmologie, Chancre syphilitique de la conjonctive. V. p. 793, Paris, 1906.)

LEBER. — *Centralbl. für prakt. Augenheilkunde*, 1910, p. 22.)

MARIN AMAT. — Contribution al estudio de los chancros sífilíticos de los párpados y de conjonctiva. (*Revista cubana de oftalmología*, 1921, p. 78.)

MARLOW. — Primary chancre of the conjunctiva. (*New-York méd. Journ.*, 1890.)

— Primary chancre of conjunctiva followed ten years later by interstitial Keratitis of the same eye. (*Ophthalm. Record*, 1904, p. 113.)

MAZET. — Du chancre syph. de la conjonctive. (*Journ. des mal, cutan. et syph.*, 1897.)

MICHEL. — Klinische Beiträge zur Kenntnis seltener Krankheitender Lidhaut und Bindehaut. (*Arch. für Augenheilkunde*, 1901, p. 42.)

MICHEL (Von). — Primäraffekt der Conjunctiva tarsi. (*Berlin Klin. Wochenschr.*, 1910, p. 270.)

MONTGOMERY. — *Idrans. illinois State med. Soc. Chicago*, 1885.

MOHR. — Chancre syphilitique primitif de la paupière. (*Pester medicin. chirurg. Presse*, 1898, p. 1233. — *Ann. d'oculistique*, 1899, p. 468.)

MORAX. — Maladies de la conjonctive. (*Encyclopédie Franç. d'Ophtalm.*, t. V.)

NEUMANN. — Über extra-génitalem Sklerosen. (*Wiener Klin. Wochenschr.*, 1890, 18 nud. 20.)

— Über unge Wöhlischen Sitz der Primäraffekt an der Haut und Schlemhaut. (*Wien. med. Presse*, 1902, n° 9.)

- NIVET. — Fréquence delative des différentes variétés des chancres syphil. extra-génitaux. (*Thèse de Paris*, 1887.)
- MACKENSIE. — Traité des maladies de l'œil. (Paris, 1856, t. I.)
- ORMOND. — Chancre du cul-de-sac conjonctival supér. (*Centralbl. für Augenheilk.*, 1900.)
- PÉLISSIER. — Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire. (*Thèse de Lyon*, 1905.)
- PIPET. — Pronostic de la syphilis à chancre extra-génital. (*Thèse de Paris*, 1908.)
- POREY-KOSCHITZ. — La topographie des chancres syphilitiques. (Charkow, 1890.)
- POSPELOW. — Uber extragenitale Syphilisinfection. (*Arch. f. Dermatol. und Syphiligr.*, 1889, XXI, p. 50.)
- PURTSCHER. — Harter Schanker des unteren Lides. (*Centralbl. für prakt. Augenheilkunde* 1891.)
- REISS. — Ein Fall von primären syphilis der Primäraffekt der Conjunctivir. (*Arch. für Dermat. und Syphilis*. 1895, n° 35, p. 19.)
- RICORD. — Chancre induré du grand angle de l'œil. (*Ann. d'Oculist.*, 1840, p. 24.)
- RICCARDO-SPARTANO. — Sifilomi primitivi della conjunctiva e delle palpebre. (*La Clinica oculistica*, 1907, sept.)
- RIEGEL. — Primäraffekt der Tarsalbindenhaut. (*Münch. med. Wochensch.*, 1896.)
- ROLLAND. — Chancre syph. de la face interne de la paupière inférieure. (*Bulletin d'oculist. de Toulouse*, 1894.)
- ROHMER. — Chancre syph. des paupières inférieures. (*Revue générale d'Ophtalmol.* 1902, p. 136.)
- ROLLET. — Caractères cliniques du chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire. (*Revue générale d'Ophtalmologie*, 1904.)

- RONA. — *Monatschr. für prakt. Dermat.*, 1891, XII, p. 459.)
- ROCHE. — Chancre de la conjonctive. (*Marseille médical*, 1908.)
- RABÈRE. — Note sur un chancre syphilitique du cul-de-sac inférieur de la conjonctive. (*Progrès médical*, 1904, p. 219.)
- SALMON. — Syphilis expérimentale de la conjonctive. (*La Clinique ophtalmologique*, 1904, p. 243. — *Progrès médical*, 1904, p. 26.)
- SAVY. — Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive. (*Thèse de Paris*, 1876.)
- SGROWO. — Due osservazioni di sifilosclerosi della conjunctiva. Contributio clinico et anatomopathologico. (*Annali di Ottalmol.*, 1900.)
- SNELL. — Nine cases of chancre of the eyelids and conjunctiva. Ophthalm. Soc. of the united kingdom, 13 juni 1895. (*Centralbl. für pr. Augenheilk.*, 1895.)
- SNITOWSKY. — Ein seltener Fall von Primäraffekt der Conjunctiva der oberen Lides und Seine Behandlung mit dem neuen Syphilisheilmittel von Ehrlich-Hata. (*Roussky Wratsch* 1910, n° 34. — *Münch. Med. Wochenschr.*, 1911, p. 269.)
- STOURME. — Essai sur le pronostic du chancre céphalique induré. (*Thèse de Lyon*, 1889.)
- SULTZER. — Chancre induré de la conjonctive. (*Soc. d'Ophthalm. de Paris*, 1899, déc.)
- SZOKALSKI. — Fall von Ulcus syphiliticum an der Conjunctiva. (*Centralbl. für prakt. Augenheilkunde*, 1880, p. 380.)
- TEPLYASCHIN. — Syphilis par léchage. (*Wratsch*, 1887, n° 17, p. 349.)
- TERRIEN. — Syphilis de l'œil, 1909. Paris.
— Note sur l'étiologie du chancre syphilitique de l'œil. (*Progrès médical*, 1904, septembre.)

TOUCHELAUME. — Chancres syphilitiques de la conjonctive.
(*Thèse de Paris*, 1889.)

TREACHER-COLLINS. — *Roy. London ophthalm. hosp. Reports*, 1905.

VEASEY. — Ulcération spécifique bilatérale de la conjonctive palpébrale. (*Société médicale de Philadelphie*, janvier 1898, — *Annales d'Oculist.*, 1898, p. 210.)

VERRY. — Chancre induré de la conjonctive palpébrale.
(*Brit. med. Journal*, 1882.)

VIGNES. — *Revue générale d'Ophthalm.*, 1898.

WOLFRUM UND STIMMEL. — Tzwei Falle von Primaraffekt der Bindehaut. (*Tzeitschrift für Augenheilkunde*, 1910, p. 141.)

YUDIN. — Chancre de la conjonctive palpébrale. (*Wesnik ophthalmol.* Moscou, 1910, p. 378.)

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Historique	13
Statistiques. - Fréquence	15
Etiologie.	17
Symptomatologie	25
Diagnostic.	31
Pronostic	35
Anatomie pathologique	37
Traitement.	41
Observations.	43
Conclusions	67
Bibliographie.	71
